

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 avril 1883, à 1 heure.

PAR BROCHARD-RIGAUD,

Né à Raix (Charente), le 8 novembre 1853.

Ancien externe des hôpitaux.

CONSIDÉRATIONS

SUR LES ONYXIS DIATHÉSIQUES

ET EN PARTICULIER

L'ONYXIS CONGÉNITAL ET HÉRÉDITAIRE

SURTOUT AU POINT DE VUE DU TRAITEMENT

Président : M. BALL, professeur.

*Juges : MM. { RICHET, professeur.
PEYROT, RICHELOT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N° 202

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 avril 1883, à 1 heure.

PAR BROCHARD-RIGAUD,

Né à Raix (Charente), le 8 novembre 1853.

Ancien externe des hôpitaux.

CONSIDÉRATIONS

SUR LES ONYXIS DIATHÉSIQUES

ET EN PARTICULIER

L'ONYXIS CONGÉNITAL ET HÉRÉDITAIRE

SURTOUT AU POINT DE VUE DU TRAITEMENT

Président : M. BALI, professeur.

*Juges : MM. { RICHET, professeur.
PEYROT, RICHELOT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31. RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1883

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Pathologie chirurgicale.....	{ GUYON.
	{ DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche • et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	{ SER (G.)
Clinique médicale.....	{ HARDY.
	{ POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ RICHT.
Clinique chirurgicale.....	{ GOSSELIN.
	{ VERNEUIL.
	{ TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :

M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHT.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TRÉSIER.
FARABEUF, chef des travaux ana- tomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE L'ANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PETER

Médecin de l'hôpital Laënnec.

M. LE DOCTEUR DUJARDIN

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR DUJARDIN-BEAUMETZ

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de médecine.

M. LE DOCTEUR BERGERON

Médecin honoraire de l'hôpital Trousseau,
Membre de l'Académie de médecine.

M. LE DOCTEUR LAILLER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

M. LE DOCTEUR TILLAUX

Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Directeur des travaux anatomiques de l'amphithéâtre des hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Membre de l'Académie de médecine.

M. LE DOCTEUR BUCQUOY

Médecin de l'hôpital Cochin,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Membre de l'Académie de médecine.

M. LE DOCTEUR TERRILLON

Chirurgien de la Salpêtrière,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

M. LE DOCTEUR GALLARD

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

M. LE DOCTEUR PINARD

Accoucheur de l'hôpital Lariboisière,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

CONSIDÉRATIONS
SUR LES
ONYXIS DIATHÉSIQUES

ET EN PARTICULIER
L'ONYXIS CONGÉNITAL ET HÉRÉDITAIRE

SURTOUT AU POINT DE VUE DU TRAITEMENT

INTRODUCTION

Arrivé à la fin de nos études médicales, nous nous sommes adressé à notre cher maître, M. le D^r Lailler, pour le choix d'un sujet de thèse. M. Lailler nous a dit alors qu'il possédait deux observations d'onyxis congénital et héréditaire, affection qu'il ne pensait pas avoir été décrite jusqu'à ce jour. Nous n'avons pas hésité un instant à entreprendre des recherches à ce sujet, malgré le petit nombre de faits mis à notre disposition, nous rappelant ce précepte formulé par M. le professeur Verneuil : « Il n'est pas nécessaire pour concourir à l'œuvre de rassembler per-

sonnellement beaucoup de cas, toutes les unités peuvent servir, à la condition qu'aucune ne soit perdue. »

Toutefois les deux malades atteints de cette affection ayant été guéris par des pansements à l'iodoforme, et d'autre part, M. le D^r Lailler ayant expérimenté ce topique sur un certain nombre d'autres malades atteints d'onyxis de nature syphilitique ou scrofuleuse, nous avons pensé qu'il y avait lieu de consacrer en même temps un chapitre spécial au traitement des onyxis diathésiques.

Qu'il nous soit permis de témoigner ici notre profonde reconnaissance à M. le D^r Lailler qui, après nous avoir initié à l'étude des maladies cutanées, a bien voulu nous communiquer les observations qui nous ont servi de base dans la rédaction de notre travail inaugural.

DIVISION ET PLAN.

Voici l'ordre dans lequel nous comptons exposer le résultat de nos recherches.

1^o Nous décrirons brièvement, au point de vue des symptômes et du diagnostic, les onyxis syphilitique et scrofuleux. Quant à l'ongle incarné ou onyxis latéral, nous le passerons sous silence, ne voulant nous occuper, comme l'indique le titre de notre travail, que des onyxis de cause interne ou diathésiques.

2^o Dans une seconde partie, nous publierons nos deux observations d'onyxis congénital et héréditaire, et après avoir noté le silence des auteurs à ce sujet, nous rechercherons quelle est la nature probable de cette affection.

3^o Nous passerons ensuite à l'étude du traitement des onyxis de cause interne, et enfin, comme corollaire de ce chapitre, nous donnerons quelques observations d'onyxis traités et guéris par l'iodoforme.

CHAPITRE PREMIER.

DES ONYXIS SYPHILITIQUE ET SCROFULEUX.

Définition. Le mot onyxis, après avoir servi à désigner toutes les affections inflammatoires, aiguës ou chroniques, du derme unguéal, s'emploie aujourd'hui dans un sens beaucoup plus restreint. Avec Le Dentu et Humbert nous n'appellerons onyxis que les affections ulcéro-fongueuses du derme unguéal, c'est-à-dire l'ongle incarné, l'onyxis syphilitique et l'onyxis scrofuleux. Nous avons déjà dit pourquoi nous ne parlerions pas de l'onyxis latéral ou ongle incarné.

§ 1. — *Onyxis syphilitique.*

Les lésions produites sur les ongles par la syphilis constitutionnelle appartiennent aux accidents de la période secondaire. Ces lésions sont de deux ordres : les premières n'intéressent ou paraissent n'intéresser que l'ongle lui-même ; les autres commencent par siéger au niveau du derme périunguéal et n'atteignent la lame cornée de l'ongle que consécutivement. M. le professeur Fournier donne à ces dernières le nom de périonyxis, les distinguant ainsi des lésions qui paraissent n'affecter que l'ongle lui-même et auxquelles il réserve la dénomination ancienne d'onyxis. Nous adopterons cette division, en faisant remarquer toutefois, que même dans les affections de l'ongle proprement dit, la matrice unguéale est toujours plus ou moins atteinte. En effet, comme l'a dit Royer-Collard, si par le

mot ongles nous entendons dénommer « ces productions épidermiques cornées, qui s'étendent sous la forme de plaques dures et oblongues, à l'extrémité dorsale de tous les doigts, indépendamment des parties molles qui leur adhèrent ; nous ne devons point parler des *maladies des ongles*, il n'y en a point ; l'ongle ne peut jamais être malade, puisque l'état de maladie suppose nécessairement l'état d'organisation ». Il est donc bien évident que lorsque la maladie paraît débiter par l'altération de l'ongle, celui-ci n'est altéré que parce que le derme périunguéal, modifié lui-même d'une manière quelconque, a sécrété une substance qui n'était point dans les conditions ordinaires ; ainsi c'est d'abord la peau qui est affectée, d'où altération de l'ongle consécutive à cette maladie de la peau voisine. Ceci dit, passons à l'étude des diverses variétés de l'onxyxis syphilitique.

M. le professeur Fournier rapporte aux trois types suivants les lésions qu'il désigne sous le nom de périonxyxis :

- a) Périonxyxis sec, squameux ou corné ;
- b) Périonxyxis inflammatoire (tourniole syphilitique) ;
- c) Périonxyxis ulcéreux.

a) *Périonxyxis sec*. — On en connaît deux variétés essentiellement distinctes l'une de l'autre, la forme squameuse et la forme cornée.

La *forme squameuse* n'est autre chose qu'une syphilide papulo-squameuse dont le siège le plus habituel est soit l'un des sillons latéraux de l'ongle, soit l'extrémité du doigt ou de l'orteil, sous la portion libre de la lamelle unguéale, région désignée par M. Renaut sous le nom d'angle de l'ongle.

La *forme cornée* pourrait encore être désignée sous le nom de *cor* ou *durillon* périunguéal. Au niveau du point

où la peau se réfléchit pour encadrer la lamelle cornée unguéale, et spécialement sur les parties latérales, se produit un épaississement de l'épiderme qui acquiert rapidement une consistance cornée. Ce petit renflement s'étend bientôt alors en longueur, et devient ainsi une cause de gêne pour les malades qui en grattent la surface pour la débarrasser de ses écailles. Il n'est pas rare qu'à la suite de cette irritation aidée encore par le contact du bord unguéal agissant sur le point malade à la façon d'un corps étranger, il se produise sur les parties latérales de l'ongle des sillons rougeâtres et des petites rhagades sécrétantes. Enfin à un degré plus avancé, les ulcérations et la suppuration peuvent gagner de proche en proche toute la périphérie de l'organe et même se propager au lit de l'ongle.

b) *Périonyxis inflammatoire, (Tourniole syphilitique).* — Cette affection ressemble assez, comme l'indique son nom de *tourniole syphilitique*, à la *tourniole* vulgaire. Elle est en effet caractérisée par une tuméfaction subinflammatoire; tuméfaction rouge, légèrement douloureuse, qui occupe une partie plus ou moins étendue du pourtour de l'ongle. Mais si elle a de nombreux points de contact avec la tourniole ordinaire, elle en diffère essentiellement au point de vue de la marche et de la terminaison. Elle subsiste dans le même état pendant longtemps, puis, suivant en cela la marche des papules syphilitiques, ou bien elle s'atrophie et disparaît sur place par suite d'une résorption lente, ou bien elle s'ulcère, ce qui, disons-le, est beaucoup plus rare. Mais quelle que soit sa marche, jamais elle n'arrive à se terminer, comme la tourniole, par la formation d'un abcès.

Cette lésion, ordinairement sans gravité, donne rarement lieu à la chute de l'ongle. Exceptionnellement, surtout lorsqu'elle siège au gros orteil, elle peut aboutir soit

aux lésions de l'ongle incarné, soit à celles de l'onyxis ulcéreux.

16 c) *Périonyxis ulcéreux*. — C'est là l'onyxis syphilitique proprement dit, l'onglade d'Astruc. Nous aurions donc pu passer sous silence les formes précédentes, mais deux motifs nous ont engagé à en dire quelques mots : d'abord ces diverses formes, et en particulier le périonyxis inflammatoire sont assez souvent le prélude de l'onyxis ulcéreux; en second lieu, nous avons pensé qu'il y avait intérêt à rapprocher dans un même chapitre les lésions des ongles relatives à la syphilis constitutionnelle. C'est encore pour cette même raison que nous indiquerons rapidement les altérations de cause syphilitique, paraissant affecter l'ongle primitivement.

Le périonyxis ulcéreux est la forme de beaucoup la plus commune et en même temps la plus grave.

Il est *primitif* ou *consécutif*.

Le périonyxis ulcéreux consécutif succède ordinairement au périonyxis inflammatoire, quand ce dernier s'est longtemps prolongé, a été abandonné à lui-même, ou bien encore quand il a été irrité par des causes diverses, telles que marche, fatigue, pression des chaussures.

Le périonyxis ulcéreux primitif résulte de la présence de syphilides ulcéreuses développées autour de l'ongle.

La lésion, qui peut siéger aux mains et aux pieds, se remarque plus souvent aux orteils qu'aux doigts, elle occupe souvent plusieurs ongles à la fois, et il n'est même pas rare de les voir tous à la fois ou successivement atteints de cette espèce d'inflammation.

Quel que soit le siège de l'onyxis ulcéreux, qu'il soit primitif ou qu'il succède au périonyxis inflammatoire, il con-

siste en une *ulcération* qui encadre l'ongle en partie ou en totalité.

Cette ulcération repose sur un bourrelet inflammatoire qui fait une saillie assez notable au-dessus de l'ongle, et qui offre une teinte d'un rouge sombre, quelquefois violacée. Elle est toujours assez creuse, plus ou moins irrégulière, à bords découpés et entaillés, à fond sanieux, grisâtre, fongueux et de *mauvais aspect*, et sécrète en assez grande abondance un pus sanieux, sanguinolent et toujours infect, surtout aux orteils. Quand la lésion occupe ce dernier siège, les orteils, il n'est pas rare de la voir se compliquer de phénomènes inflammatoires dus à l'irritation causée par la marche. C'est ainsi que la rougeur s'étend à la peau voisine, l'ulcération prend une teinte livide et est le siège d'une suppuration plus abondante.

Arrivé à cette période, le périonyxis ulcéreux peut rester stationnaire, ou bien rétrograder, surtout si on lui a opposé un traitement convenable. Mais il n'est pas rare de voir, au contraire, la maladie faire de nouveaux progrès, à l'occasion d'irritations extérieures ou par manque de soins. Alors, l'ulcération bourgeonne, se transforme en champignon, gagne tout le pourtour de l'ongle, envahit la matrice elle-même, et gagnant en profondeur, peut s'étendre jusqu'au périoste. La lésion parvenue à ce degré s'accompagne presque constamment d'une tuméfaction considérable de la dernière phalange, connue sous le nom de doigt en *spatule* ou en massue.

Que devient l'ongle au milieu telles lésions ?

Si l'inflammation vient à rétrograder peu de temps après le début, alors que les lésions ne sont pas trop avancées, l'ongle, d'abord ébranlé, se consolide, et peu à peu le bourrelet périphérique se résout et s'affaisse. Mais le plus souvent, à la suite d'une suppuration très abondante du derme

périunguéal, il s'épaissit, se ternit, devient d'un jaune terreux ou d'un vert noirâtre ; enfin, il se détache de sa racine vers son bord libre, laissant à nu une surface plus ou moins ulcérée.

Passons brièvement en revue les lésions syphilitiques des ongles paraissant n'intéresser que l'ongle lui-même. M. le professeur Fournier leur réserve le nom d'*onyxis* et en reconnaît quatre variétés :

a. L'*onyxis craquelé*, plus fréquent aux ongles des mains, plus rare aux orteils, s'observe bien plus souvent chez la femme que chez l'homme. Cette lésion est caractérisée par la friabilité et l'ébrèchement progressif de la partie libre de l'ongle, laquelle présente des dentelures, des crénelures se continuant souvent avec des fendillements longitudinaux de la lamelle unguéale. Quelque soin que prennent les malades d'arrondir avec les ciseaux le sommet de leurs ongles, cette difformité est très persistante.

Nous pensons qu'il faut rapprocher de l'*onyxis* craquelé l'altération suivante observée par Astruc.

Sous l'influence d'une infection syphilitique ancienne, les ongles éprouvent quelquefois un changement remarquable dans leur apparence et dans leur structure. A partir de leur extrémité libre, jusqu'à une certaine distance de la lamelle, ils deviennent plus épais, plus secs, plus cassants, plus opaques, souvent d'un blanc jaunâtre, et s'exfolient de manière que leur surface devient rugueuse, fendillée et inégale. La limite de cette altération est nettement indiquée, sur l'ongle, par le changement de sa couleur dans la partie altérée. J'ai vu des malades qui avaient plusieurs fois détruit avec la lime ou avec un canif presque toute la totalité des ongles ainsi altérés, et qui m'ont assuré que chaque fois les ongles s'étaient reproduits avec la même al

tération et la même apparence. Presque toujours la section de ces ongles épaissis est douloureuse, à cause de l'ébranlement que cette section communique à la matrice de l'ongle, surtout vers sa racine.

b. *Le décollement partiel* est caractérisé par le soulèvement progressif de l'ongle, qui se détache de son lit de *bas en haut*. Extérieurement, la limite des portions détachées et des portions adhérentes se traduit par un changement de coloration appréciable à la surface de l'ongle. Il est rare que cette lésion amène la chute de l'ongle.

c. *Le décollement total*, suivi de la *chute* de l'ongle, a encore reçu le nom d'*alopécie unguéale*. L'ongle se bombe, se soulève au niveau de sa racine, et se détache de haut en bas, laissant à nu derrière lui une petite surface rosée, sèche et squameuse, laquelle n'est autre que la matrice de l'ongle. Enfin, le décollement faisant des progrès, l'ongle finit par tomber. Ce travail de séparation est tellement indolent que certains malades perdent plusieurs de leurs ongles sans s'en apercevoir.

d. *L'onxyxis hypertrophique*, variété rare, est caractérisé par l'épaississement considérable de l'ongle, surtout marqué vers le bord libre, qu'on trouve rugueux, fendillé, irrégulièrement stratifié.

§ 2. — *Onyxis scrofuleux*.

Les détails dans lesquels nous sommes entré à propos de l'onxyxis syphilitique, nous permettront d'être bref en ce qui concerne la description de l'onxyxis scrofuleux, ces deux affections ayant de nombreux points communs.

L'onxyxis scrofuleux, onychia maligna de Wardrop, se rencontre surtout chez les enfants et les adolescents possédant les attributs de la constitution lymphatique. Il sur-

vient spontanément, ou bien se développe consécutivement à un traumatisme, à une engelure, à une lymphangite périunguéal; en un mot, une lésion qui, chez un individu bien portant, aurait disparu sans laisser de traces, prend sur un terrain scrofuleux le cachet caractéristique de cette diathèse. La maladie occupe souvent plusieurs doigts ou plusieurs orteils, soit simultanément, soit consécutivement.

On a distingué, d'après le siège qu'il occupe, deux variétés dans l'onxyis scrofuleux : l'onxyis *rétro-unguéal* et l'onxyis *sous-unguéal*.

Dans la variété *rétro-unguéale*, il y a d'abord un gonflement d'un rouge livide, marqué surtout vers la racine de l'ongle. Plus tard, ce gonflement se prononce davantage et s'étend à tout le pourtour de l'ongle, formant un bourrelet qui s'ulcère, se recouvre de fongosités molles, saignantes, baignées par une humeur séro-purulente ; assez souvent, l'ulcération, au lieu de bourgeonner, se creuse et envahit le derme sous-unguéal. Il est fréquent d'observer autour de ces lésions une sorte d'auréole livide très foncée et irrégulière. En même temps, quelquefois, l'os de la dernière phalange se gonfle considérablement, le doigt devient volumineux et son extrémité prend la forme d'une petite massue. Enfin, l'ongle ébranlé se déforme, devient mou, noirâtre et se décolle en partie. En se détachant, il laisse à nu une surface rougeâtre, irrégulière qui secrète des productions cornées informes. Celles-ci prennent souvent une direction vicieuse et paraissent contribuer à entretenir l'inflammation des parties environnantes. Dans les formes graves, tout le lit de l'ongle est détruit jusqu'à la phalange ; celle-ci peut même être compromise.

Dans l'onxyis *sous-unguéal*, la lésion s'annonce par de la chaleur et une douleur assez vive à l'extrémité du doigt.

Le pus ne tarde pas à se former au-dessous de l'ongle, et sa présence est annoncée par une tache jaune sous-unguéale. Si la maladie fait des progrès, le pus s'accumule au-dessous de l'ongle, le décolle, et vient se faire jour à sa circonférence. L'ulcération gagnant de plus en plus, la lésion arrive à présenter le même caractère et la même marche que dans l'onyxis rétro-unguéal.

Signalons, en terminant, une variété intéressante d'altération scrofuleuse des ongles observée par Ancel.

Il s'agit d'un enfant de 5 ans présentant de nombreuses manifestations scrofuleuses. Les phalanges du pouce, de l'annulaire et de l'auriculaire de la main gauche sont le siège d'une ostéite médullaire, et ces trois doigts présentent l'altération osseuse connue sous le nom de spina ventosa ; ces trois doigts sont le siège d'un gonflement considérable, fusiforme, qui commence au niveau de l'espace interdigital, et se termine au niveau de la matrice de l'ongle, qui présente elle-même une tuméfaction notable. La pulpe de ces doigts est à peine augmentée de volume, mais la lame cornée unguéale présente une altération assez curieuse. Elle est un peu plus épaisse que celle des doigts de la même main qui n'ont pas été envahis par l'altération osseuse ; en même temps, elle présente une étendue en surface plus considérable. Les ongles de ces doigts ont une étendue transversale, supérieure d'un demi-centimètre à celle des ongles restés sains ; leur longueur l'emporte à peu près de la même quantité sur celle des autres ongles. La lame cornée a perdu une partie de son adhérence au repli cutané dans lequel elle est enchâssée ; une traction légère suffit pour lui imprimer un déplacement assez notable. Enfin, les ongles des doigts malades ont un accroissement en longueur beaucoup plus rapide que celui des autres ongles restés sains. Ancel explique cet accroissement insolite de

la façon suivante : « Tous ces phénomènes trouvent leur explication dans l'état de subinflammation dont la matrice unguéale est le siège chez cet enfant. En effet, sous l'influence de l'ostéite médullaire qui occupe la troisième phalange, le derme unguéal, en contact immédiat avec l'os malade, devient le siège d'un état congestif qui retentit sur l'élaboration de la lame cornée. Un degré de plus dans l'état d'irritation de cette portion du derme, et l'on aurait un véritable onyxis de nature scrofuleuse. »

§ 3. — *Diagnostic.*

Le diagnostic des onyxis, soit entre eux, soit avec les affections qui peuvent leur ressembler, ne présente pas, en général, de bien grandes difficultés.

L'onyxis syphilitique ulcéreux et l'onyxis scrofuleux présentent un ensemble de symptômes qui ont une grande analogie. De plus, l'ongle incarné, abandonné à lui-même ou aggravé par des médications intempestives finit quelquefois par revêtir des caractères qui le rapprochent beaucoup des variétés d'onyxis précédentes. Mais Dupuytren a donné dans ses leçons un excellent signe qui permettra presque toujours de reconnaître l'ongle incarné, même lorsque l'altération aura envahi une grande partie du lit de l'ongle. En effet, c'est toujours sur un des replis latéraux, et de plus à sa partie antérieure que commence l'altération qui constitue l'ongle incarné. Dans les onyxis syphilitique ou scrofuleux, au contraire, l'altération commence toujours au niveau du derme sous-unguéal ou rétro-unguéal.

Quant à la nature syphilitique ou scrofuleuse de l'onyxis, on arrivera à la reconnaître par les commémoratifs et par l'étude des symptômes concomitants, bien plutôt que par

la comparaison des lésions locales, qui, somme toute, présentent une assez grande ressemblance.

L'eczéma et le psoriasis des ongles ne sauraient être confondus avec l'onyxis syphilitique ou scrofuleux. En effet, dans l'eczéma la lésion provient de la matrice de l'ongle ou du derme sous-unguéal ; dans le premier cas, l'ongle est parcouru par des stries transversales ; dans le second, il est soulevé par sa face profonde, grâce à la présence d'une couche de substance épidermique de nouvelle formation, substance croûteuse, d'apparence amiantacée, grisâtre, offrant une épaisseur très variable. Enfin, les ulcérations péri unguéales, si tant est qu'elles se produisent, doivent être excessivement rares.

Le diagnostic avec le psoriasis unguium se fera d'après l'examen des mêmes caractères, car les lésions unguéales dues à l'eczéma ou au psoriasis sont absolument semblables. Il est vrai qu'on observe parfois dans le psoriasis un aspect pointillé de l'ongle, mais ce signe est loin d'être constant.

Chez les ouvriers exposés au maniement de substances irritantes, il se produit quelquefois des ulcérations péri-unguéales et des déformations de l'ongle dont la nature sera surtout révélée par l'étude des commémoratifs. Parmi ces substances on peut citer les préparations arsenicales, la potasse, etc.

M. le professeur Balla appelé l'attention, il y a quelques années, sur les lésions unguéales dues à l'action irritante de la potasse. Voici ce qu'on lit à ce sujet dans la Gazette médicale de 1874. M. le docteur Ball présente un malade qui est atteint d'une affection singulière des ongles ; c'est un garçon de pharmacie qui attribue, avec raison sans doute, cette affection à l'action de la lessive de potasse employée pour le lavage des bouteilles. Les ongles sont ru-

gueux, déformés, de façon qu'ils semblent rétractés en cupule ; les bords s'écartant de la matrice tendent à se renverser, et la matrice mise à nu à leur niveau est exulcérée.

Nous croyons inutile de faire le diagnostic différentiel des onyxis avec les affections parasitaires des ongles.

L'onyxis n'est pas, en général ; une affection bien grave, et si sa durée est très longue, lorsqu'il est abandonné à lui-même, la guérison survient, au contraire, assez rapidement, si on a soin de recourir à un traitement approprié. Exceptionnellement, cependant, on a observé la nécrose ou la carie de la phalange unguéale, surtout dans la syphilis.

Quant à l'ongle, tantôt il repousse complètement, mais plus ou moins déformé, tantôt il ne se montre que quelques écailles cornées disséminées sur le derme péri-unguéal. Cela dépend, on le conçoit, de l'altération plus ou moins profonde qu'a subie la matrice unguéale. Nous entendons ici, avec Arloing, sous le nom de matrice unguéale non-seulement le fond de la rainure sous-unguéale, comme on le fait généralement, mais aussi la portion du derme sous-unguéal qui s'étend jusqu'au bord antérieur de la lunule.

Nous n'entrerons pas dans les détails de l'étude de la repousse de l'ongle, ce qui nous entraînerait trop loin, mais nous indiquerons simplement l'aspect sous lequel il se présente au début. Quand l'ongle commence à sortir de la matrice et à devenir apparent, on dirait un bourgeon charnu en croissant, occupant toute la largeur de la surface unguéale. Il est mou, rosé, dépressible, a souvent été pris pour une granulation charnue, exubérante, que l'on cherchait vainement à réprimer par des attouchements avec le crayon de nitrate d'argent. La kératinisation ne se fait qu'au bout d'un certain temps.

CHAPITRE II.

ONYXIS CONGÉNITAL ET HÉRÉDITAIRE.

OBSERVATION I. — Duval (Pierre), 24 ans, fumiste, entré le 11 juin 1872, dans le service de M. Lailler, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, n° 31.

Depuis sa naissance, tous les ongles des mains sont épais d'environ quatre à cinq millimètres, bombés, saillants comme une griffe d'animal; la matrice forme une saillie de près de un demi-centimètre au-dessus de la face dorsale des doigts. Il résulte de cette infirmité que chaque fois qu'il se livre à un travail manuel l'obligeant à plonger ses doigts dans une substance irritante ou dans un liquide qui ramollit l'ongle, aussitôt le malade s'aperçoit que la dernière partie de son doigt se gonfle en forme de massue, ainsi que le sont actuellement en particulier l'index, le majeur et l'annulaire de la main droite; l'ongle devient noir, et à sa partie inférieure s'accumule un liquide purulent, sanieux.

Les parties malades sont très sensibles; le moindre attouchement est douloureux, et le malade ne peut travailler.

Particularité importante, son père a, pendant toute sa vie, présenté la même altération des ongles; son frère en est également atteint.

Notre malade n'accuse, dans sa jeunesse, que quelques maux d'yeux, et n'a jamais eu de maladies sérieuses. L'interrogatoire le plus complet ne montre chez lui aucun antécédent de syphilis héréditaire ou acquise.

Traitement : poudre d'iodoforme. L'application de ce topique a été douloureuse, ce qui est probablement le résultat d'un vice de préparation de l'iodoforme.

Le 2 juillet. Le malade va beaucoup mieux et quitte l'hôpital.

Il entre de nouveau à l'hôpital le 4 mars 1874.

Aux deux mains, la déformation des doigts, portant toujours exclusivement sur la phalange unguéale, présente les caractères suivants :

Gonflement général de la dernière phalange, en forme de massue et, de plus, tuméfaction transversale marquée surtout au niveau de la matrice de l'ongle, c'est-à-dire un peu au-dessous de l'origine de la phalange, ce qui donne lieu, plus bas, à la formation d'une dépression assez profonde. La pulpe digitale dépasse de beaucoup l'extrémité antérieure de l'ongle considérablement diminué de longueur.

Ongles épais, incrustés dans le sens transversal, présentant des bandes de teintes diverses : blanc, jaunâtre, bistre, éloignés du lit de l'ongle dont les sépare une couche gris blanc qu'on parvient à racler en en détachant des fragments. Cette couche, sur quelques doigts, a près d'un demi-centimètre d'épaisseur. La pression sur les ongles n'est douloureuse que quand l'ulcération est prochaine et imminente. Le pouce gauche a été malade la dernière fois ; on y trouve encore les traces de la section avec un sillon concave en haut, transversal, situé à un bon centimètre de la naissance visible de l'ongle. Sur quelques doigts, le bord libre de l'ongle dépasse un peu la couche anormale sous-unguéale ; sur d'autres, elle arrive à fleur ; enfin, sur l'annulaire gauche, cette dernière déborde l'ongle de près de un demi-centimètre. La couche sous-unguéale est moulée sur l'ongle, et l'on ne saurait rien passer entre eux

deux. Mais ce qui amène le malade est principalement l'état du petit doigt de la main droite qui présente une exulcération des deux replis latéraux de la peau.

Le 6 mars. On sectionne une partie de l'ongle, et l'on voit le derme rouge à nu.

Pansement à l'iodoforme.

Le 9. On enlève assez facilement toute la matière d'aspect terreux qui est placée au-dessus du lit de l'ongle. Amélioration très sensible.

Le 11. Exéat.

Le malade entre pour la troisième fois à l'hôpital, le 19 juillet 1876.

Depuis environ huit jours, récurrence de l'affection qui a déjà amené plusieurs fois le malade à l'hôpital. Douleurs vives de la partie sous-unguéale des phalanges de l'index et de l'annulaire à gauche, du médius à droite. Dans l'ouverture interceptée par l'écartement de ces ongles, liquide purulent, assez épais et noirâtre. Lorsqu'on presse sur l'ongle, on fait sourdre des gouttes de pus qui paraissent venir d'un point assez profondément situé. Sous l'ongle de l'annulaire ce n'est pas du pus, mais plutôt un liquide clair un peu roussâtre.

L'affection reste toujours localisée aux ongles des doigts, et on n'observe rien de semblable aux orteils.

Traitement : couper les ongles. Iodoforme en poudre.

Le 6 août. Grande amélioration. Le malade quitte l'hôpital.

OBS. II. — Duval (Eugène), frère du malade précédent, 24 ans, corroyeur, entre le 25 mai 1870, dans le service de M. Lailler, salle Saint-Louis, n° 27.

Antécédents. — Dans son jeune âge, il eut, comme son frère, des ophthalmies dont il ne lui reste d'autres traces

que des paupières un peu granuleuses et glabres. A 4 ans, il contracta la variole qui fut suivie d'un abcès dont on voit la trace sur le moignon de l'épaule droite. Il ne fit aucune autre maladie infantile grave. Rien dans son histoire ne peut faire penser à la syphilis.

Vers l'âge de 10 ans, à la suite d'une contusion, il se développa au pouce droit une affection très semblable à celle dont il est atteint aujourd'hui et qui ne guérit qu'au bout de deux ans, après un traitement purement local.

Etat actuel. — Notre malade est pâle, d'aspect strumeux, depuis son enfance. Il présente, à l'état normal, une conformation singulière des ongles. Ceux-ci sont longs, très fortement incurvés longitudinalement et comme pliés suivant l'axe du doigt. L'espace ordinairement libre entre l'ongle et le lit unguéal est comblé par des couches cornées, superposées, irrégulières, noires; et l'extrémité du doigt renflée en baguette de tambour est sillonnée de plis et de rangées papillaires beaucoup plus saillantes que d'habitude, accusant ainsi une tendance hypertrophique.

Il y a deux mois, l'affection qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital débuta par l'ongle de l'annulaire de la main gauche, puis s'empara de son congénère droit. Actuellement la main est dans l'état suivant : les ongles sont tous plus ou moins épaissis et repliés, noirs, luisants; sur le médius droit l'affection est au début. Les couches intermédiaires à l'ongle et au lit unguéal sont ramollies à leur partie moyenne, de telle sorte qu'en arrière et en avant on voit une masse noire cornée, la postérieure adhérant à l'ongle, l'antérieure à la pulpe sous-unguéale, entre lesquelles il y a une ulcération recouverte d'un pus verdâtre très fétide.

Cet aspect s'accuse surtout sur les annulaires. Toute la dernière phalange du doigt est alors tuméfiée de manière à figurer une grosse olive; la peau est lisse, tendue, d'un

rouge pâle. L'ulcération des couches épidermiques sous-unguéales est élargie et a repoussé en arrière, en le rongéant, l'ongle qui ne mesure plus que quelques millimètres de long, tandis qu'en avant existe le vestige des couches cornées antérieures; le milieu est occupé par une ulcération à fond grisâtre, couverte de pus verdâtre, fétide à l'excès. La douleur existe à la pression, mais n'est pas très intense.

L'index droit est en voie de cicatrisation; la couche cornée a disparu tout entière en avant, et le lit de l'ongle reste dénudé, recouvert de sillons papillaires accusés et hypertrophiés; l'ongle lui-même est réduit à quelques millimètres; son bord libre est inégal, déchiqueté et épais.

La forme olivaire du doigt a en partie disparu. Les ongles des orteils sont mal faits, mais sains.

La santé, ordinairement bonne, s'est maintenue; le malade a bon appétit et bon sommeil.

Le 26 mai. Manuluve simple. Douche avec le pulvérisateur.

Le 27. Les doigts sont nettoyés en partie. Pansement à l'iodoforme.

Le 4 juin. Il y a beaucoup de mieux; les croûtes antérieures sont tombées et les ulcérations bourgeonnent.

Le malade sort de l'hôpital par suite d'une discussion avec l'administration.

Voilà, on le voit, deux cas bien remarquables d'onyxis congénital et héréditaire. En présence de semblables faits, il y avait un certain intérêt à rechercher si on retrouverait dans la science des exemples de cette singulière affection ou tout au moins des lésions qui s'en rapprocheraient par quelques-uns de leurs caractères. Nous nous sommes donc mis à l'œuvre et nous avons parcouru les principaux ouvra-

ges ayant trait à la pathologie du derme périunguéal ou de l'ongle proprement dit.

Nous avons consulté entre autres les travaux de Royer-Collard, Lélut, Ancel, Esménard, Rayet, Rizzoli, l'article Ongle du dictionnaire encyclopédique ainsi que celui du dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, etc., etc., mais nulle part nous n'avons trouvé d'affection semblable à celle dont nous venons de donner deux observations. Il n'est même presque pas question dans les auteurs de lésions des ongles d'aucune sorte se manifestant héréditairement. Arloing a vu un cas de *leucochromie* unguéale (*achromie des ongles* de Bazin) chez un jeune homme dont le père avait présenté la même anomalie. « J'ai eu l'occasion d'observer, dit cet auteur, un cas remarquable de leucochromie générale sur un jeune homme d'une vingtaine d'années. Tous les ongles, aux mains et aux pieds, étaient blancs et opaques, rayés longitudinalement et un peu rugueux. Remarque intéressante : le père de ce jeune homme présente la même anomalie ; son aïeul n'avait que des taches. Le derme périunguéal était sain ; ce jeune homme n'éprouvait aucune souffrance, ni aucune sensation anormale au bout des doigts. »

On trouve notée dans Bleck une altération des ongles survenue sans cause externe appréciable, et qui paraît avoir été héréditaire. « Est mihi amicus carissimus, cui quum nonum ætatis annum ageret, in digito annulari manus dextræ, unguis monstruosus, curvatus, rugosus et asper excrevit, in quo usque ad hoc nil morbosì animadvertat; quam formam monstruosam unguem subiisse ille narrat sine causa interna seu externa morbosa vel mechanica. Adfuit autem hæc deformitas jam in matre, et eodem tempore eademque lege, quam antea diximus, nempe ut

simulac nonum ad ætatis annum proventi essent, in sororibus et fratribus appareret.»

Cette description est intéressante au point de vue de l'hérédité de l'affection, mais elle est trop vague pour qu'il soit possible de se prononcer sur la nature de l'altération unguéale.

C'est là tout ce que nous avons pu trouver dans les auteurs concernant l'hérédité des affections des ongles, et pour ce qui est des lésions congénitales, il n'en est aucune-ment question.

Il nous reste maintenant à rechercher quelle peut être la nature de l'affection qu'ont présentée nos deux malades.

L'examen attentif des observations ci-dessus montre que nous avons affaire à une lésion congénitale qui nous paraît devoir être rapportée à des troubles de nutrition. Nous éliminerons la syphilis, les malades n'ayant présenté aucune manifestation pouvant être attribuée soit à la syphilis héréditaire, soit à la syphilis acquise. Si on devait rapporter cet affection à un état général diathésique, c'est plutôt à la scrofule qu'il faudrait penser.

CHAPITRE III.

TRAITEMENT DES ONYXIS SYPHILITIQUE ET SCROFULEUX.

Occupons nous d'abord du traitement des formes sèche et inflammatoire du périonyxis syphilitique. Nous passons ensuite à l'étude de celui du périonyxis ulcéreux syphilitique et de l'onyxis scrofuleux.

1° Dans la forme sèche du périonyxis, qu'on ait affaire à la variété squameuse ou à la variété cornée, des moyens de *protection* sont suffisants. On ne doit en effet, avoir en

Brochard.

4

vue qu'une seule chose, c'est de protéger la surface malade contre les frottements et les irritations de toute sorte. Dans ce but, on aura soin de recouvrir le doigt malade de bandelettes agglutinatives, d'un doigtier en peau de gant, ou mieux encore d'un doigtier de caoutchouc.

2° La forme inflammatoire réclame, au début, le traitement par les émollients. C'est ainsi qu'on aura recours aux bains généraux et locaux, aux cataplasmes de farine de graine de lin. Dès que les symptômes inflammatoires commencent à s'amender, ce qui, ordinairement a lieu au bout de trois ou quatre jours, il faut cesser l'emploi des émollients. A partir de ce moment, les indications sont les mêmes que dans la forme précédente, c'est-à-dire qu'il faut recouvrir alors l'extrémité du doigt ou de l'orteil avec des bandelettes entrecroisées de sparadrap de diachylon ou mieux de Vigo. Si la résolution tarde à se faire, quelques attouchements avec la teinture d'iode peuvent donner de bons résultats.

Nous arrivons maintenant au traitement du périonyxis ulcéreux ou onyxis syphilitique proprement dit, et de l'onyxis scrofuleux. Le traitement de ces deux sortes d'onyxis sera décrit dans un seul et même article, et ce qui nous engage à agir de la sorte, c'est qu'il doit être identique dans les deux cas. En effet, contrairement à ce qu'on aurait pu penser, les préparations mercurielles n'ont pas une influence bien marquée sur l'onyxis syphilitique. On en pourra juger par ce qui suit :

Dupuytren et les chirurgiens de son époque s'appuyaient précisément sur l'inefficacité du traitement mercuriel dans ces circonstances pour nier la nature syphilitique de l'onglade.

Il serait facile de citer de nombreuses observations d'o-

nyxis syphilitique où la médication mercurielle s'est montrée absolument inefficace. Nous nous contenterons de rapporter la suivante consignée dans le mémoire de Lélut.

Ad. M., fille publique, 22 ans, entre la première fois à l'hôpital des vénériens, pour un écoulement vaginal datant d'un mois, des plaques muqueuses aux grandes lèvres, et des ulcérations à l'extrémité inférieure de la nymphé droite. La malade prend 35 doses de liqueur de San Swieten et quitte l'hôpital; quelques semaines après, elle y rentre pour des rougeurs à l'anus, et des plaques muqueuses autour de l'orifice du vagin. Elle prend cette fois 33 doses de liqueur de Van Swieten; six mois après l'accident primitif, malgré ces 68 doses de liqueur mercurique, elle est atteinte d'une inflammation de la matrice des ongles des deux index et du gros orteil droit. Ces ongles ne tardent pas à être en partie ébranlés ou détachés par une suppuration fétide et abondante; les surfaces suppurantes sont rouges, mamelonnées, très sensibles. Pendant six mois, on fait subir à cette malade un traitement mercuriel par la liqueur de Van Swieten; on se sert en topiques de plusieurs préparations mercurielles, et le mal persiste avec opiniâtreté. Voilà, certes, un bel exemple de l'insuffisance, ou pour mieux dire de l'impuissance du traitement mercuriel dans ces circonstances.

M. le professeur Fournier, sans repousser complètement le traitement mercuriel dans l'onyxis syphilitique, n'y attache qu'une médiocre importance. Le traitement local, dit-il, en parlant de cette affection, « joue même ici le principal rôle et contribue bien plus activement et plus rapidement surtout que les remèdes internes au travail de résolution et de cicatrisation. »

Ces citations nous paraissent plus que suffisantes pour dire que dans les onyxis syphilitiques comme dans les onyxis scrofuleux, on ne doit compter que sur le traitement local. Nous serons bref, en ce qui concerne la plupart des médications employées, voulant nous arrêter surtout sur celle qui nous paraît devoir être préférée, l'iodoforme.

Dans l'onyxis ulcéreux syphilitique et dans l'onyxis scrofuleux, la première indication, si l'inflammation est vive et intéresse les parties voisines, consiste dans l'emploi des émollients: bains généraux, cataplasmes de fécule froids, etc. Il va sans dire que si l'affection siège aux orteils, le repos absolu est indispensable. Dans la suite, on fera l'occlusion, comme précédemment, avec des bandelettes de Vigo. Mais ces méthodes sont loin d'être toujours suffisantes. Assez souvent l'ulcération, loin de se réparer, reste stationnaire ou gagne en profondeur. C'est alors qu'il faut avoir recours aux astringents et aux caustiques parmi lesquels on peut surtout citer les solutions de nitrate d'argent préconisées par M. le D^r Diday, et le nitrate acide de mercure dont M. le professeur Gosselin s'est très bien trouvé. La teinture d'iode peut aussi rendre des services.

Contre les végétations exubérantes on emploiera des caustiques plus énergiques et préférablement l'excision. Si l'ongle, plus ou moins ébranlé, tardait à se détacher, il faudrait l'enlever au plus vite, car c'est là un obstacle évident à la cicatrisation.

Le traitement auquel nous donnons la préférence, avons nous dit, est l'iodoforme. Examinons donc de quelle façon ce topique doit être employé.

D'après la lecture des observations qui suivent, on verra qu'un des moyens qui paraissent réussir le mieux est l'io-

doforme, en ayant soin de prendre quelques précautions que nous allons indiquer.

Il faut au préalable ramollir l'ongle à l'aide de cataplasmes, enlever avec des ciseaux tout ce qu'on pourra des parties détachées de la face profonde, et nettoyer la plaie le mieux possible à l'aide d'irrigations et de douches filiformes. Ensuite, après avoir bien épongé, on y appliquera de l'iodoforme en poudre aussi fine que possible. L'observation a démontré que ce détail avait une grande importance, la guérison étant alors beaucoup plus rapide que lorsqu'on se sert de l'iodoforme en poudre grossière, voire même en fragments assez volumineux de cristaux, comme le recommandent encore aujourd'hui quelques médecins. On doit avoir soin d'exercer d'une certaine pression pour appliquer la poudre sur les surfaces ulcérées et la faire pénétrer dans toutes les anfractuosités de la plaie. Ce pansement est maintenu soit à l'aide d'un linge huilé, soit à l'aide d'une feuille de baudruche fixée elle-même par une légère couche de collodion.

Si la suppuration est abondante, ce qui est en général le cas dans les premiers jours, renouveler le pansement tous les jours, quelquefois même deux fois par jour. Mais à mesure que la suppuration diminuera, il y aura tout avantage à éloigner les pansements.

Ce procédé est le plus simple et le meilleur, et non seulement l'iodoforme, quand il est bien préparé, ne cause pas de douleur, mais c'est même un véritable anesthésique local.

Si la plaie n'est pas trop anfractueuse, les bourgeons par trop développés, on peut se contenter d'appliquer, soit avec un pinceau, soit en pulvérisations à l'aide de l'appareil de Richardson, de l'iodoforme en solution au vingtième dans l'éther sulfurique. Ce dernier moyen donne des résultats,

en général, moins satisfaisants et détermine quelques douleurs à cause de l'action de l'éther sur les plaies. Le seul avantage qu'on puisse retirer de ce mode d'application de l'iodoforme, c'est une moindre consommation de ce médicament encore assez cher, et une adhérence plus intime de l'iodoforme à la surface malade.

Sous l'influence de ce topique, la cicatrisation survient quelquefois avec une rapidité surprenante, et on voit se fermer en quelques jours des plaies dont on n'aurait pu obtenir la guérison à l'aide d'autres moyens longtemps employés.

Les faits que nous venons d'avancer pourront être contrôlés dans les observations suivantes, qui ont été recueillies dans le service de M. le D^r Lailler, à l'hôpital Saint-Louis.

OBSERVATION I. — Dancarville, âgé de 21 ans, exerçant la profession de vernisseur, est entré, le 1^{er} décembre 1865, salle Saint-Louis, n° 20.

Il y a quatre mois, il lui vint une ulcération au bas de la région abdominale, sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus des poils du pubis. Cette ulcération dura tout au plus trois semaines. Puis, au bout de quelque temps, des plaques muqueuses se montrèrent sur la verge, et en même temps à la gorge et à l'anus. Entré alors dans le service de M. le D^r Simonnet, il prit des pilules de Sédillot et sortit au bout de cinq semaines.

Un mois avant l'apparition de l'ulcération de la partie inférieure de la région abdominale, ulcération qui n'était autre chose qu'un chancre induré, il avait déjà un mal blanc sous l'ongle du médius droit; un mois après le chan-

ce il vit apparaître du gonflement et de la rougeur autour de l'index gauche.

Etat actuel. — Maigreur assez prononcée, pâleur de la face, aspect très fatigué, céphalalgie. Facies mou et timide, anus infundibuliforme, très suspect, couvert de plaques muqueuses. Au pubis cicatrice brune, indurée. Quelques ulcérations droites, à pic, sur le gland; ganglions inguinaux; quelques vestiges de roséole.

Au médius de la main droite, ongle soulevé et, au-dessous, ulcération sanieuse; l'ongle, décollé et soulevé, ne tient plus que par la matrice. Ganglions au pli du coude; traînées de lymphangite le long de l'avant-bras. Même état à l'index de la main gauche. Plaques muqueuses opalines sur le voile du palais et à la joue droite au niveau des dernières molaires.

Attouchements avec le nitrate acide de mercure. On coupe les ongles.

Une pilule de proto-iodure. Vin de quinquina.

4 décembre. Modification rapide des doigts.

2 janvier 1866. Les ulcération des doigts s'améliorent lentement.

Le 10. Peu de tendance à la cicatrisation.

Le 20. Application de la poudre d'iodoforme.

Le 23. Grande amélioration. Les ulcérations tendent à se cicatriser; le gonflement a beaucoup diminué.

Le 28. Les ulcérations marchent rapidement vers la guérison. On continue toujours l'iodoforme.

16 février. La cicatrisation est complète. Les ongles repoussent.

Le 23. Sort complètement guéri.

OBS. II. — Almain (Augustine), 36 ans, liquoriste, entrée le 27 avril 1869, salle Saint-Thomas, n° 38.

Père mort à l'âge de 36 ans, à la suite d'une attaque d'apoplexie cérébrale.

Mère âgée de 59 ans, bien portante. Il en est de même d'un frère âgé de 39 ans.

Notre malade, dans son enfance, a eu souvent de l'impétigo du cuir chevelu ; pas d'ophtalmies, pas de glandes cervicales. Plus tard quelques douleurs rhumatismales. Régulée à l'âge de dix-sept ans et demi, régulièrement et abondamment, pas de leucorrhée. Mariée à vingt-cinq ans, n'a jamais eu de grossesse.

Le mari était atteint de rétrécissement de l'urèthre depuis plusieurs années, il avait souvent des accès de fièvre, lorsqu'en 1860 il est entré à la maison de santé pour une infiltration d'urine. Il est sorti parfaitement guéri au bout de quatre mois.

Au mois de juillet 1868 la malade s'est aperçue que son mari avait mal dans la bouche, et peu de jours après elle remarquait de larges taches livides sur le corps de celui-ci. A partir de cette époque elle avait cessé d'avoir des rapports avec lui, lorsqu'elle en eut plusieurs vers le milieu du mois d'octobre de la même année.

Le 15 novembre elle s'est sentie toute souffrante et courbaturée ; peu de temps après elle avait des croûtes dans les cheveux, des plaques muqueuses à la vulve, et, sur tout le corps, des boutons qui ont laissé des taches sombres.

Le 8 décembre elle a été prise d'une céphalée nocturne très intense qui a cédé en quatre jours à un traitement par l'iodure de potassium, mais, à la suite, elle a eu une éruption passagère, probablement d'acné iodique.

Le 20 janvier elle s'est aperçue de plaques muqueuses sur la langue. Elle est entrée le 10 février à la maison de santé, et en est sortie le 25 mars, après avoir suivi un traitement mercuriel interne et pris des bains de sublimé.

Aujourd'hui la malade présente des macules sombres sur les membres. Elle a des croûtes dans les cheveux, avec un peu d'engorgement ganglionnaire cervical postérieur. Au pourtour des narines, des lèvres et à la commissure labiale gauche, elle présente une plaque syphilitique croûteuse.

Cavité buccale. — La langue présente à sa face dorsale deux plaques d'un rouge sombre dépouillées d'épithélium; les bords sont douloureux, inégaux et blanchâtres. A la lèvre inférieure il y a une plaque muqueuse très vive. Le voile du palais est très rouge, et sur la voûte palatine on retrouve deux plaques syphilitiques parfaitement arrondies.

La malade ne ressent aucune démangeaison aux parties génitales; elle a seulement un peu d'écoulement jaunâtre. Elle est un peu amaigrie et se tourmente beaucoup de son état.

Le 30 avril 1869. Depuis deux ou trois jours les ongles des deux pouces et des deux index sont douloureux et entourés d'une rougeur inflammatoire. A la main gauche il y a un peu de desquamation, mais le pouce de la main droite est très douloureux, et on observe une petite pustule à l'extrémité supérieure du bord de l'ongle.

1^{er} mai. Rien à la vulve; les ganglions de l'aîne ne sont pas engorgés. Sur le col on voit, à la lèvre antérieure, deux petites saillies offrant la même coloration que le col. Entre ces deux saillies et l'orifice du col, il existe des saillies plus petites, livides, au nombre de cinq ou six.

Bain sulfureux. Fer et rhubarbe.

Le 15. A l'index et au pouce de la main droite l'onyxis s'est développé.

Poudre d'iodoforme.

Le 17. Une pilule de proto-iodure.

Le 19. L'onyxis est à peu près guéri à l'index et au pouce; il ne reste plus qu'une légère rougeur.

2 Juin. Cautérisation des plaques de la bouche avec une solution de nitrate d'argent. Pommade à l'iodhydrargyrate au cinquantième sur les syphilides du visage.

Le 6. La malade a ses règles. Les plaques muqueuses de la langue et de la gorge sont plus enflammées et plus douloureuses. Cautérisation au nitrate d'argent.

Le 7. Nouvelle cautérisation,

Le 12. Stomatite et gingivite d'apparence mercurielle; plaques muqueuses sur la lèvre inférieure. On supprime le mercure.

La 16. La stomatite persiste toujours.

Collutoire avec

Borax. 5 grammes.

Glycérine. . . 25 —

Eau. 100 —

Pommade à l'iodhydrargyrate sur les plaques de la face.

Le 20. La malade présente six plaques rouges circonscrites sur la voûte palatine et le voile du palais.

Cigarette d'iodoforme.

Le 23. La malade fume sa cigarette d'iodoforme depuis trois jours. Elle a eu hier pendant deux heures un sommeil invincible. Son appétit a beaucoup augmenté; sa bouche est un peu moins sensible.

4 juillet. La malade a un onyxis du pouce gauche qui a été traité depuis trois jours par les cataplasmes sans succès. La suppuration a décollé l'ongle qui s'enlève facilement.

Pansement à la poudre d'iodoforme.

Le 5. Il n'y a plus de suppuration; la rougeur est moins vive et la douleur a disparu.

Le 6. La guérison approche de plus en plus.

Le 8. L'onyxis est complètement guéri.

Le 9. Plaques muqueuses à la vulve. Cautérisation avec le nitrate d'argent.

Le 23. Plus rien à la vulve.

Le 26. La malade quitte l'hôpital.

Obs. III. — Bricogne (Adolphe), âgé de 27 ans, ouvrier en abat-jour; entre le 15 juin 1881, salle Saint-Mathieu, n° 41.

Garçon vigoureux; accidents de gourme dans l'enfance. Il fut confié à une nourrice malade, à laquelle on dut le retirer. Il sortit de chez elle avec des plaques dartreuses (?) sur les côtés du tronc et sur les bras.

On ne retrouve sur la surface du corps aucune trace suspecte à cet égard.

L'affection pour laquelle il entre aujourd'hui consiste en des altérations siégeant au pouce et au médius de la main droite.

Le pouce a déjà été atteint dans son enfance; l'ongle est tombé en ce moment sous l'influence d'une blessure par une plume. Il n'existe plus actuellement, au niveau de ce doigt, aucune trace de démarcation entre la peau environnante et le lit de l'ongle; toute l'extrémité du doigt est transformée en une plaque rouge recouverte de points de suppuration concrétée.

Sur le médius, l'ongle est tombé il y a environ quatre mois; le mal avait débuté par un point de suppuration situé sous l'ongle qui est tombé par fragments.

Aujourd'hui, son lit est nu, formant une surface rouge, inégale, bosselée, sur laquelle on trouve des grumeaux de pus étalés qui, au premier abord, donnent l'aspect d'une membrane.

Le pourtour de l'ongle est tuméfié, rouge, et en plissant

sa partie moyenne, on aperçoit le sillon de la matrice unguéale.

En outre, le malade présente dans les plis inguino-scrotaux deux plaques d'eczéma intertrigineux, avec un suintement assez abondant.

Vu la profession du malade, on pourrait songer à une action irritante des préparations de vert.

Rien du côté de la cloison nasale.

Cataplasmes. Iodoforme en solution éthérée.

19 juin. On ne trouve de pus que sous quelques-unes des plaques jaunâtres que l'on considérerait comme du pus concrété. Du reste, elles ont pris maintenant un aspect fibreux qui se rapproche de celui d'un ongle nouveau.

Le 25. Toujours du pus se forme sous des squames inégales.

Le 30. Amélioration des onyxis dont la suppuration a beaucoup diminué.

Le 12. Sortie du malade presque guéri.

Obs. IV. Le nommé Bertot (Louis), 24 ans, blanchisseur, entre, le 20 octobre 1868, salle Saint-Louis, n° 37.

Père âgé de 58 ans, ayant un ulcère à la jambe. Mère morte à 26 ans du choléra. Un frère bien portant.

Dans son enfance, il a eu beaucoup de gourme; glandes au cou, pas de maux d'yeux, pas de maux d'oreilles.

Dans la suite il a toujours joui d'une bonne santé, malgré de fréquents excès de boisson.

Blennorrhagie il y a quatre mois.

Vers le mois de juillet 1868, chancre du fourreau de la verge à deux centimètres environ en arrière du gland. Il vit alors apparaître à ce niveau une légère altération. Celle-ci était à peu près de niveau avec les téguments; elle reposait sur une base légèrement indurée et avait acquis à

peu près la largeur d'une pièce de cinquante centimes. En même temps, engorgement des ganglions inguinaux du côté droit. Au bout d'un mois, l'ulcération ne se cicatrisant pas, il alla voir un pharmacien qui lui ordonna des cautérisations au nitrate d'argent. Un mois après, le chancre était cicatrisé.

Cinq semaines plus tard, il aurait eu des végétations au fondement, végétations au niveau desquelles se seraient formées des plaques muqueuses. Alors il est allé à l'hôpital du Midi où on lui a fait prendre deux pillules mercurielles par jour.

En même temps apparition de plaques muqueuses aux lèvres.

Il ne se rappelle pas avoir vu des rougeurs sur le corps. Pas de céphalée nocturne, pas d'alopecie.

Actuellement le malade présente l'état suivant :

A la verge on trouve la cicatrice laissée par le chancre, cicatrice qui ne se distingue des tissus voisins, que par une coloration plus foncée, mais qui ne présente aucune trace d'induration. Les ganglions inguinaux des deux côtés sont engorgés d'une façon très sensible.

L'anus présente sur tout son pourtour des saillies violacées, des rêtes de coq, au fond desquelles on trouve des ulcérations.

Pas d'éruption cutanée, si ce n'est deux ou trois papules isolées au voisinage de la région coccygienne, et un peu de desquamation furfuracée dans le cuir chevelu.

A la bouche, plaques muqueuses occupant les commissures; exulcérations de la face supérieure et des bords de la langue; hypertrophie des amygdales avec ulcérations nombreuses surtout à droite. Difficulté de la déglutition.

Ganglions post-cervicaux engorgés.

Le malade entre actuellement pour un onyxis occupant

tous les doigts et quelques-uns des orteils du pied gauche. L'affection a débuté, il y a trois mois, à l'annulaire de la main droite, par une sorte de tourniole qui a contourné toute la matrice de l'ongle et a fini par en déterminer la chute. Depuis lors tous les doigts de la main ont été tour à tour le siège d'ulcérations analogues. Aujourd'hui tous les doigts sont pris, quoique à des degrés divers. En effet, tandis que le mal ne fait que débiter au niveau de certains doigts, par exemple au niveau du médus et du pouce de la main droite où on voit seulement le bord postérieur de la matrice unguéale soulevé par un liquide jaunâtre, dans d'autres points l'ulcération a envahi toute la totalité de la matrice unguéale et en a même dépassé les limites en certains points. Les ongles sont tombés, comme à l'index de l'annulaire droit, qui présente un aspect inégal, toute la surface de la matrice étant recouverte de croûtes exsudatives au-dessous desquelles on trouve des surfaces sanieuses ; sur d'autres doigts, au contraire, une partie de l'ongle reste encore adhérente, comme à l'index et à l'annulaire gauches. Dans ces points toute la dernière phalange est déformée, plus grosse que les autres phalanges, ce qui donne aux doigts la forme de massue. Les ganglions épitrochléens sont engorgés.

Aux pieds, le pied gauche seul, au niveau des deuxième et troisième orteils, présente des lésions analogues à celles des mains.

Ces différentes parties ne sont pas très douloureuses.

Comme traitement, le malade a employé certaines pomades dont il ignore la composition.

Etat général satisfaisant.

Marié depuis deux ans, il a eu, l'année dernière, un enfant qui est mort au bout de quinze jours, sans avoir présenté aucune éruption. Sa femme n'a jamais eu de boutons

ni à la vulve, ni sur le reste du corps. Il n'aurait pas eu de rapports sexuels avec elle depuis le début de son chancre.

Une pilule de protoiodure. Sirop d'iodure de fer. Application de poudre d'iodoforme sur toutes les ulcérations unguéales.

28 octobre. Amélioration très appréciable, tendance marquée vers la cicatrisation.

Le 31. Les ulcérations sont aujourd'hui presque entièrement fermées.

9 novembre. Cicatrisation complète des ulcérations des doigts. Cautérisation des ulcérations anales avec le nitrate d'argent.

Le 17. Le malade quitte l'hôpital, complètement guéri.

CONCLUSIONS.

1° Il existe une affection inflammatoire spéciale des ongles remarquable surtout en ce sens qu'elle est congénitale et héréditaire, affection que nous n'avons trouvée décrite nulle part, et sur laquelle nous appelons l'attention des observateurs.

2° De toutes les méthodes de traitement qui ont été essayées pour la cure des onyxis syphilitique et scrofuleux, il en est une qui, bien appliquée, donne des résultats des plus satisfaisants, et à laquelle nous engageons les praticiens à avoir recours de préférence à toute autre : c'est l'emploi de l'iodoforme en solution éthérée ou mieux encore en poudre impalpable.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Des membranes muqueuses.

Physiologie. — De l'absorption.

Physique. — Effets physiologiques des courants électriques; applications médicales.

Chimie. — Caractères distinctifs des chlorures, bromures, iodures et cyanures métalliques.

Histoire naturelle. — De la morphologie végétale; quels sont les changements, les dégénérescences et les transformations que les organes des plantes peuvent subir?

Pathologie externe. — Des polypes naso-pharyngiens.

Pathologie interne. — De la méningite tuberculeuse.

Pathologie générale. — Des maladies virulentes.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des perforations intestinales.

Médecine opératoire. — Des diverses espèces de verres applicables dans les cas de myopie, d'hypermétropie, de strabisme, d'astigmatisme et des précautions à prendre dans leur choix.

Pharmacologie. — Des cataplasmes et des sinapismes; quelles sont les féculs et les farines le plus souvent employées à leur préparation; règles à suivre pour développer le principe actif de la moutarde noire dans les pédiluves et les synapismes.

Thérapeutique. — De l'emploi du quinquina et de ses préparations.

Hygiène — De la sophistication de la bière.

Médecine légale. — Empoisonnement par les poissons, les crustacés et les mollusques toxicophores.

Accouchements. — De l'accouchement par le pelvis.

Vu par le Président de la thèse,
B. BALL.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. GRÉARD.

